



SOLICITUD DE ARRAY

Datos de filiación del paciente	Muestra
Nombre: Apellidos: Fecha de nacimiento: / / Género:	Código de la muestra: Tipo de muestra: Fecha de toma de la muestra: / /
Centro remitente	
Servicio remitente: Facultativo de contacto: Teléfono de contacto:	
Diagnóstico principal	
Estudios realizados en familiares <i>(rellene sólo en caso de respuesta afirmativa)</i>	
Pruebas solicitadas	
<input type="checkbox"/> ARRAY CYTOSCAN OPTIMA PRENATAL <input type="checkbox"/> ARRAY CYTOSCAN 750K <input type="checkbox"/> OTROS	
Se recuerda a los médicos peticionarios que para la realización de pruebas genéticas se debe tener el adecuado consentimiento informado.	

Para obtener la máxima información posible y la mejor eficiencia diagnóstica del array, la ICCG (International Collaboration Clinical Genomics) recomienda detallar las características clínicas y rasgos dismórficos del paciente. Para ello rogamos detallen los mismos en la siguiente hoja.

Identificación del paciente

Información clínica Señale con una cruz los datos compatibles con el paciente.

<p>Historia perinatal</p> <p><input type="checkbox"/> Prematuridad</p> <p><input type="checkbox"/> Retraso en el crecimiento del feto</p> <p><input type="checkbox"/> Oligohidramnios</p> <p><input type="checkbox"/> Polihidramnios</p> <p><input type="checkbox"/> Hidropsis fetal no inmune</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Crecimiento:</p> <p><input type="checkbox"/> Retraso en el crecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Sobrecrecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Talla baja</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Desarrollo cognitivo:</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo motor</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Retraso motor grueso</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Retraso motor fino</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Retraso en el habla</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Comportamiento/Psiquiatría:</p> <p><input type="checkbox"/> Autismo</p> <p><input type="checkbox"/> Retraso generalizado en el desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de hiperactividad con déficit de atención</p> <p><input type="checkbox"/> Anormalidad conductual/psiquiátrica</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Cutáneos:</p> <p><input type="checkbox"/> Hiperpigmentación</p> <p><input type="checkbox"/> Hipopigmentación</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: :</p>	<p>Neurológico:</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotonía</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertonía</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Encefalopatía</p> <p><input type="checkbox"/> Anormalidad cerebral estructural</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Cardíacos:</p> <p><input type="checkbox"/> Defecto septal atrial septal</p> <p><input type="checkbox"/> Defecto septal ventricular</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertonía</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Encefalopatía</p> <p><input type="checkbox"/> Anormalidad cerebral estructural</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Rasgos craneofaciales:</p> <p><input type="checkbox"/> Rasgos dismórficos</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Malformación auricular</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Labio leporino</p> <p><input type="checkbox"/> Paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> Macrocefalia</p> <p><input type="checkbox"/> Microcefalia</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Audición/Visión:</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida audición</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Alteración de la visión</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Alteración del movimiento ocular</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: :</p>	<p>Musculoesquelético:</p> <p><input type="checkbox"/> Contracturas</p> <p><input type="checkbox"/> Pie zambo</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertonía</p> <p><input type="checkbox"/> Hernia diafragmática</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalía en extremidad</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique cuál:</p> <p><input type="checkbox"/> Polidactilia</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique:</p> <p><input type="checkbox"/> Sindactilia</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique:</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalía vertebral</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: :</p> <p>Gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Gastrosquisis</p> <p><input type="checkbox"/> Hernia umbilical</p> <p><input type="checkbox"/> Atresia anal</p> <p><input type="checkbox"/> Fístula traqueoesofágica</p> <p><input type="checkbox"/> Estenosis pilórica</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Genitourinaria</p> <p><input type="checkbox"/> Genitales ambiguos</p> <p><input type="checkbox"/> Hidronefrosis</p> <p><input type="checkbox"/> Malformación renal</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique:</p> <p><input type="checkbox"/> Criptorquidia</p> <p><input type="checkbox"/> Hipospadias</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Historia familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Padres con ≥ 2 abortos involuntarios</p> <p><input type="checkbox"/> Familiares con similar historia clínica</p> <p style="padding-left: 20px;">Detalle:</p>
--	--	--

Por favor, incluya cualquier información relevante adicional

NOTA: Información clínica según las recomendaciones de la ICCG